



**HAL**  
open science

## Croyances dysfonctionnelles liées au craving

Estelle Guilbaud, A.H. Boudoukha, Didier Acier

► **To cite this version:**

Estelle Guilbaud, A.H. Boudoukha, Didier Acier. Croyances dysfonctionnelles liées au craving : Évolution auprès des patients en post-cure d'alcoolologie. *L'Évolution Psychiatrique*, 2013, 78 (3), pp.415-423. 10.1016/j.evopsy.2012.08.004 . hal-03355730

**HAL Id: hal-03355730**

**<https://univ-angers.hal.science/hal-03355730>**

Submitted on 24 Jan 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

1 **TITRE : CROYANCES DYSFUNCTIONNELLES LIEES AU CRAVING :**  
2 **EVOLUTION AUPRES DE PATIENTS EN POST CURE D'ALCOOLOGIE**

3

4 **TITLE: ADDICTIVE BELIEFS ABOUT CRAVING: EVOLUTION AMONG**  
5 **ALCOHOL ABUSE DISORDERED OUTPATIENTS.**

6

Guilbaud Estelle\*<sup>1</sup>

7

Boudoukha Abdel Halim\*<sup>2</sup>

8

Acier Didier\*<sup>3</sup>

9

\* Université de Nantes –Faculté de Psychologie -Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire

10 <sup>1</sup> Psychologue – Master de Psychologie – Addictologie.

11 <sup>2</sup> Maitre de conférences en Psychologie clinique et Pathologique – Faculté de Psychologie de  
12 Nantes – auteur correspondant

13 <sup>3</sup> Maitre de conférences en Psychologie clinique et Pathologique – Faculté de Psychologie de  
14 Nantes

15

16 Auteur correspondant – Abdel Halim BOUDOUKHA [nantes.fr](mailto:abdel-halim.boudoukha@univ-<br/>17 nantes.fr) – faculté de Psychologie -Chemin de la Censive-du-Tertre BP 81227 Nantes Cedex

18 3

19

1

## 2 ***Résumé***

3 Chez des personnes présentant une alcoolodépendance, les cognitions (croyances, pensées,  
4 schémas) jouent un rôle important dans les alcoolisations et également sur le craving, défini  
5 comme une forte envie, irrésistible et impérieuse de consommer un produit. Différent type de  
6 croyances, dites dysfonctionnelles, ont été identifiées spécifiquement chez les patients  
7 alcoolodépendants comme pouvant favoriser une rechute. L'objet de cette recherche porte sur  
8 les comorbidités (volet qualitatif) et les croyances dysfonctionnelles relatives au craving  
9 (volet quantitatif). Il s'agit d'appréhender leur évolution au cours d'une prise en charge en  
10 postcure. Dix patients en postcure pour une dépendance à l'alcool ont été reçus en entretiens,  
11 semi-directifs (anamnèse) et directifs (MINI). Ils ont également rempli la version française  
12 validée du Craving Beliefs Questionnaire (questionnaire de croyances relatives au craving) à  
13 deux moments : au début de leur post cure, puis à la fin du deuxième mois. Sur le plan  
14 qualitatif, les entretiens directifs et anamnestiques montrent une hétérogénéité des profils  
15 psychopathologiques et la présence de comorbidités dépressives et/ou anxieuses à l'exception  
16 d'un patient. Sur le plan quantitatif, les résultats montrent que les croyances irrationnelles  
17 diminuent chez tous les patients. Pour autant, cette évolution n'est pas corrélée au nombre de  
18 prises en charge dont ils bénéficient. Une hypothèse est que ce soit le cadre global de la  
19 postcure en lui-même qui influence les cognitions.

20 Mots-clés : *croyances dysfonctionnelles – craving – post cure – consommation d'alcool*

## 21 ***Abstract***

22 Among patient with alcohol use disorders (AUD), cognitions (beliefs, thoughts, schemas)  
23 play an important role in alcohol abuse and in craving, defined as a strong and irresistible

1 urge to consume a product. Various types of beliefs, said to be dysfunctional, were  
2 specifically identified among AUD patient as being able to favor a relapse. The aim of this  
3 research concerns the comorbidity (qualitative part of the research) and the dysfunctional  
4 beliefs relative to the craving (quantitative part of the research). The evolution of craving  
5 related beliefs are analyzed during a post-cure care. Ten French patients in post-cure care for  
6 AUD were received in clinical interview, and in structured interview (MINI). They also filled  
7 the French form of the Craving Beliefs Questionnaire at the two moments: At the beginning  
8 of post-cure care, then at the end. On the quantitative part, the results show that the irrational  
9 beliefs decrease among every patients. However, this evolution is not correlated with the  
10 number of post-cure care from which they benefit. A hypothesis is whether it is the global  
11 residential care in itself that influences the cognitions-beliefs.

12

13 Keywords: *addictive beliefs – craving – residential care – alcohol use*

14

# 1 INTRODUCTION

2 Parmi les processus impliqués dans les risques de rechute dans les addictions, le craving est  
3 particulièrement pointé. Il est défini comme une envie irrépessible ou un désir impérieux et  
4 irrésistible de consommer un produit, comme par exemple de l'alcool (1-3). Ce processus  
5 intense et aigu est identifié comme facteur de risque de ré-alcoolisation (4). Classiquement,  
6 on distingue quatre grandes formes de craving (1). La première répond aux symptômes de  
7 manque et désigne chez une personne l'envie de consommer de l'alcool pour faire disparaître  
8 les symptômes désagréables (tension, sudation, tremblements, etc.) La seconde forme reflète  
9 la croyance que l'alcool viendra apporter un plaisir recherché le plus rapidement possible, il  
10 s'agit donc d'une réponse à un sentiment de manque de plaisir, l'alcool étant perçu comme un  
11 moyen d'automédication face à l'absence de plaisir. La troisième forme de craving est une  
12 réponse conditionnée aux indices liés au produit. Ainsi, par apprentissage, un stimulus neutre  
13 est associé à la consommation d'alcool et au plaisir qu'elle procure (qui devient un  
14 renforcement). Les stimuli neutres deviennent alors des stimuli conditionnés, et leur simple  
15 présence peut faire survenir le craving. Enfin, la quatrième forme de craving désigne une  
16 réponse à un désir hédonique en ce sens que l'envie provient du désir de renforcer une  
17 expérience positive.

18 Le craving est un ressenti subjectif, une expérience singulière sur laquelle les patients  
19 alcoolodépendants peuvent mettre un sens en termes de croyances. Les croyances sont des  
20 pensées, des connaissances propres aux individus sur eux-mêmes et sur le monde qui les  
21 entoure. Elles sont le produit subconscient de schémas cognitifs stockés en mémoire à long  
22 terme. Les schémas cognitifs sont des structures-processus relativement rigides qui  
23 deviennent difficilement modifiables avec le temps (1). Ils interviennent dans toutes les étapes  
24 du traitement de l'information (2). Ce sont des schémas centraux, construits précocement, qui,

1 en devenant dysfonctionnels, sont le terrain du développement de schémas addictifs chez les  
2 personnes alcoolo-dépendantes (5). Ils sont inconscients et produisent des pensées  
3 automatiques, des croyances dysfonctionnelles, qui influencent les sentiments et les  
4 comportements, et favorisent ainsi l'alcoolisation excessive, qui renforce alors l'élaboration  
5 des schémas addictifs suivants. Comme le rappellent Hautekeete, Cousin & Graziani (5), il  
6 s'agit d'une « boucle structuro-fonctionnelle ».

7 Les croyances peuvent référer à des cognitions qui concernent l'envie d'alcool et sa dimension  
8 incontrôlable. L'importance de ces croyances est une indication que le patient considère  
9 l'envie d'alcool comme irrépessible, incontrôlable, et qu'il ne se sent pas efficace pour y faire  
10 face (1).

11 Ces croyances peuvent donc avoir une influence indirecte sur la rechute (1). En effet, une  
12 activation de schémas cognitifs généraux et de croyances addictives entraîne une mise à la  
13 conscience des pensées automatiques, qui font naître le craving. Ressentant l'envie d'alcool, la  
14 personne active des croyances permissives et enclenche un comportement qui donne lieu à la  
15 consommation d'alcool. Ainsi, les croyances jouent un rôle dans la genèse du craving (2,6).  
16 Le craving pouvant être un facteur de risque de rechute (4,7,8), les croyances  
17 dysfonctionnelles sont considérées elles aussi comme un facteur indirect de rechute (par le  
18 biais de l'activation du craving). En effet, des études ont montré que les patients qui  
19 rechutaient étaient ceux qui présentaient au préalable le plus de croyances dysfonctionnelles  
20 relatives au craving (9,10). Cependant, le nombre trop limité des recherches sur ce thème,  
21 notamment dans l'espace francophone, ne permet pas de généraliser une relation directe de  
22 cause à effet entre croyances et rechute chez les patients alcoolo-dépendants. Pour autant, les  
23 chercheurs considèrent que les croyances peuvent jouer un rôle important dans la rechute,  
24 particulièrement chez les patients sévèrement dépendants. Ainsi, la diminution des croyances

1 dysfonctionnelles relatives au craving est considérée comme un facteur d'amélioration dans  
2 l'évaluation de l'efficacité des thérapies (2,11).

### 3 ***Problématique***

4 La présente étude s'intéresse spécifiquement aux croyances dysfonctionnelles relatives au  
5 craving chez des patients en centre de soins de suite et réadaptation, ou centre de post cure. En  
6 effet, dans ces institutions l'objectif des prises en charge réside notamment dans la préparation  
7 au maintien de l'abstinence et la prévention des rechutes. Ces soins favorisent un changement  
8 profond par l'engagement dans un nouveau mode de vie, en éloignant les patients de leur  
9 environnement habituel (12). Etant donné l'influence des croyances dysfonctionnelles  
10 relatives au craving sur le risque de rechute, notre question de recherche s'attache à évaluer si  
11 un séjour en centre de post cure peut contribuer à réduire ces risques de rechute, plus  
12 spécifiquement par le biais de la modification des croyances. Nous appréhendons ainsi  
13 l'évolution des croyances dysfonctionnelles relatives au craving au cours d'une post cure en  
14 alcoologie, de même que les facteurs impliqués dans cette évolution, notamment en termes de  
15 prises en charge proposées. Cette présente étude comporte deux temps. D'une part, elle  
16 s'attache à décrire le vécu subjectif et objectif des patients à travers notamment de l'utilisation  
17 d'entretiens structurés. D'autre part, le second temps met à l'épreuve deux grandes  
18 hypothèses :

19 (a) de savoir si les croyances dysfonctionnelles relatives au craving diminuent au cours d'une  
20 post cure. Nous postulons qu'elles seront plus faibles après deux mois de post cure qu'à  
21 l'arrivée en post cure.

22 (b) si l'évolution des croyances relatives au craving pendant une post cure est liée aux prises  
23 en charge dont les patients ont bénéficié. Nous pensons que la diminution des croyances  
24 dysfonctionnelles est corrélée positivement au nombre de prises en charge effectuées.

## 1 **METHODE**

### 2 *Participants*

3 L'étude se déroule dans un centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie (CSSR)  
4 dans lequel les patients sont hospitalisés à temps complet pendant au minimum deux mois.  
5 Les patients ont été préalablement reçus en entretien par un médecin-addictologue, qui a posé  
6 le diagnostic d'alcool-dépendance. Ce diagnostic est la raison principale de leur présence  
7 dans le centre. L'échantillon se compose de cinq femmes et cinq hommes, âgés de 32 à 56 ans  
8 (moyenne = 43.6 ; écart-type = 7.5), et de niveaux d'études hétérogènes (allant de sans  
9 diplôme, à bac +5).

10 Les participants sont volontaires pour participer à la recherche. Ils n'ont reçu aucune  
11 rémunération. Ils ont tous signé une feuille de consentement éclairé, avant de participer à cette  
12 recherche.

### 13 *Matériel*

#### 14 *Le Craving Beliefs Questionnaire (CBQ)*

15 Les croyances relatives au craving ont été appréhendées à l'aide de la version française du  
16 Craving Beliefs Questionnaire traduit par De Saint Aubert (13). La version initiale,  
17 américaine, comporte vingt-huit items mesurant les croyances associées au phénomène de  
18 craving chez les utilisateurs de cocaïne et de crack. La version française est adaptée sur la  
19 base de la version abrégée, validée par Wright (in Beck, (1)). La version française comporte  
20 vingt items correspondant à des affirmations sur l'envie d'alcool. Pour chacune d'elle le patient  
21 doit exprimer son degré d'accord sur une échelle en 6 points (1= complètement faux pour



1 moi ; 6 = tout à fait vrai pour moi). Plus le score est élevé, plus le patient présente des  
2 croyances dysfonctionnelles. Une diminution du score montre une évolution

### 3 ***Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)***

4 Afin d'apporter des éléments qualitatifs de compréhension, les comorbidités ont été évaluées  
5 avec la version française du MINI (14). Il s'agit d'un entretien diagnostique structuré d'une durée  
6 de passation de 15 minutes en moyenne, qui peut varier selon les patients. Cet outil répertorie  
7 sous forme de questions les symptômes de 16 troubles psychopathologiques du DSM-IV-TR  
8 (15). Pour chaque trouble, une première question est posée, et, si la réponse est affirmative,  
9 des questions supplémentaires sont posées. Selon les réponses du patient sont mis en évidence  
10 les éventuels troubles psychopathologiques. Les études de validations ont démontré les  
11 qualités psychométriques de cet outil (16).

### 12 ***Procédure***

13 Dès la première semaine de soins, une information orale et écrite sur la recherche était donnée  
14 aux patients et ils avaient le choix de participer. Si ceux-ci étaient d'accord, ils signaient une  
15 feuille de consentement. Un premier entretien était réalisé avec les personnes ayant donné leur  
16 accord. Celui-ci commençait par un échange sur leur parcours. Cet échange explorait les  
17 fonctions subjectives de l'alcool, la durée du trouble et les soins effectués auparavant. Les  
18 personnes remplissaient ensuite le CBQ. Les affirmations et les réponses étaient lues à voix  
19 haute, pour assurer la bonne compréhension du patient. Un deuxième entretien, la semaine  
20 suivante, était consacré à l'évaluation des comorbidités avec le MINI (14).

21 Pendant les 6 semaines suivantes, les patients suivaient le programme de la post cure. Ils  
22 prenaient part à des activités obligatoires de réadaptation à la vie quotidienne (cuisine,  
23 vaisselle, ménage), et participaient à d'autres prises en charge pour lesquelles l'inscription était  
24 libre. Ces prises en charge se divisaient en quatre catégories : la première regroupait les prises

1 en charge psychologiques (entretiens individuels ou familiaux et groupes de parole) – la  
2 deuxième comprenait les prises en charge corporelles (activités physiques et soins corporels)  
3 – la troisième concernait les prises en charge à médiation artistique (peinture, argile) – et la  
4 quatrième représentait les prises en charge éducatives (information sur les addictions et  
5 l'alcoologie, préparation des week-ends). Les patients notaient chaque activité réalisée dans  
6 un carnet qui leur était remis.

7 Lors de la 8ème semaine, un troisième entretien individuel avait lieu avec les participants de  
8 la recherche. Les croyances sur le craving étaient à nouveau évaluées avec le CBQ, puis était  
9 répertorié le nombre de prises en charge suivies dans chaque catégorie. Finalement, les  
10 personnes étaient invitées à s'exprimer sur l'intérêt subjectif de ces activités et leurs ressentis.  
11 Cet échange avait pour but d'apporter des informations qualitatives et des éléments  
12 d'interprétation des résultats de l'évaluation.

### 13 ***Analyse des données***

14 Nos données ont été traitées à l'aide du logiciel Statistica. Pour vérifier la première hypothèse,  
15 les deux scores de croyances relevés avec le CBQ à 8 semaines d'intervalle ont été comparés  
16 avec le test t de Wilcoxon pour échantillons appariés, afin de voir s'ils se différenciaient  
17 significativement. Pour vérifier la deuxième hypothèse, une corrélation était effectuée avec le  
18 test des corrélations par rang de Spearman, entre le nombre de prises en charge suivies pour  
19 chacun dans chaque catégorie et le taux brut de diminution du score au CBQ.

# 1 **RESULTATS**

## 2 *Vécu subjectif de l'alcoolodépendance*

### 3 *Histoire de l'alcoolodépendance et comorbidités*

4 Les caractéristiques cliniques des personnes de l'échantillon sont hétérogènes. Ainsi, la durée  
5 auto-rapportée de l'alcoolodépendance varie de 2 à 30 ans selon les patients (moyenne = 10 ;  
6 écart-type = 8). Ils affirment être tous abstinents depuis au minimum une semaine avant leur  
7 entrée en post cure. Six participants ont déjà effectué des soins en alcoologie auparavant (cure  
8 ou autre post cure). Pour trois patients la fonction principale de l'alcool est d'aider à s'affirmer  
9 et à se désinhiber. Pour les autres il s'agit d'un moyen pour faire face à des difficultés de la vie  
10 quotidienne : oublier, dormir. Sept personnes ont déjà effectué une tentative de suicide, qui a  
11 souvent provoqué l'entrée dans une démarche de soins. Quatre personnes présentent une  
12 dysthymie, avec des affects dépressifs chroniques, et deux personnes présentent un épisode  
13 dépressif majeur. L'anxiété est présente chez quatre participants, sous différentes formes :  
14 anxiété généralisée, agoraphobie et phobie sociale. Un patient seulement ne présente pas de  
15 comorbidité identifiée.

### 16 *Prises en charge de l'alcoolodépendance en post cure : données* 17 *quantitatives et vécu subjectif*

18 Le nombre brut de prises en charge effectuées est très différent selon les patients. Dans  
19 chaque catégorie également les chiffres sont très hétérogènes, particulièrement pour les prises  
20 en charge corporelles. Le tableau 1 présente les moyennes et les écart-types du nombre de  
21 prises en charge effectuées dans chaque catégorie.

22 

Mettre le tableau 1
---------------------

1 Les appréciations qualitatives des patients sur les prises en charge sont également  
2 hétérogènes. Ce qui ressort principalement dans leurs propos est le bénéfice des entretiens  
3 psychologiques et des groupes de parole pour « se confier, donner du sens à son vécu et  
4 apprendre des autres ». Les activités sportives paraissent aussi très importantes pour beaucoup  
5 de patients. Elles permettent surtout de « se détendre, se sentir mieux, apaiser ses angoisses »,  
6 et un patient pense qu'elles l'aident à maintenir l'abstinence. Les activités artistiques viennent  
7 compléter le travail psychologique, en offrant un médiateur pour faciliter l'expression. Les  
8 ateliers éducatifs sont des lieux d'apprentissages et d'échanges. Beaucoup de participants  
9 perçoivent les activités comme complémentaires et faisant partie d'un ensemble thérapeutique.  
10 Un patient évoque avec ses mots l'influence du cadre global, propice à une « réflexion  
11 personnelle ». Plusieurs personnes rapportent aussi l'importance des temps informels (pause,  
12 repas, soirée) pendant lesquels de nombreux échanges ont lieu.

### 13 ***Analyses cliniques***

#### 14 ***L'évolution des croyances relatives au craving***

15 Les scores au CBQ de chacun des patients diminuent, ce qui traduit une baisse des croyances  
16 dysfonctionnelles au cours de la post cure. Cette diminution est significative selon le test t de  
17 Wilcoxon pour échantillons appariés ( $p = .005$ ), ce qui permet de valider la première  
18 hypothèse.

#### 19 ***Liens entre l'évolution des croyances et le nombre de prises en charge*** 20 ***effectuées***

21 Le test des corrélations par rang de Spearman montre qu'il n'y a pas de corrélation entre le  
22 nombre de prises en charge dans chaque catégorie et le taux de diminution des croyances,  
23 excepté pour les prises en charge corporelles. Il y a en effet une corrélation négative

1 significative (-.70) entre le nombre de prises en charge corporelles et la diminution du score  
2 au CBQ. Cela signifie que les personnes qui ont participé au plus petit nombre d'activités  
3 corporelles sont celles dont les croyances ont le plus diminué, et inversement. Ces résultats  
4 invalident la deuxième hypothèse selon laquelle il y aurait une corrélation positive entre le  
5 nombre de prises en charge effectuées et le taux de diminution des croyances.

## 6 **DISCUSSION**

7 Les croyances dysfonctionnelles relatives au craving diminuent significativement dans notre  
8 échantillon au cours de leur post cure à l'instar d'autres recherches (17–19). En l'absence  
9 d'un groupe contrôle, il est difficile de pouvoir affirmer que ce sont précisément les prises en  
10 charges en postcure qui expliquent cette diminution. Il nous semble cependant que les soins  
11 proposés vont favoriser cette diminution. En effet, ils permettent un engagement dans un  
12 nouveau mode de vie, notamment par le changement d'environnement, propice à la remise en  
13 cause des croyances addictives (12). Les données de la littérature ont montré que les soins  
14 résidentiels sont plus efficaces que les soins en ambulatoire pour les personnes présentant des  
15 dépendances plus sévères (20). Une explication possible est que les croyances relatives au  
16 craving diminueraient car le craving lui-même diminue. Le cadre offert par la post cure  
17 permet en effet d'éliminer des situations qui seraient à l'origine du craving. C'est le cas pour le  
18 craving comme réponse liée aux indices car l'exposition à l'alcool est moins fréquente. C'est  
19 également le cas pour le craving comme réponse au manque car les patients sont sevrés et  
20 certains bénéficient d'un traitement médicamenteux pour éliminer les symptômes du manque  
21 qui persisteraient. La diminution du craving contribuerait probablement à augmenter la  
22 confiance en soi et le sentiment d'auto-efficacité, entraînant une remise en cause des  
23 croyances irrationnelles d'impuissance (2,21).

24

1 L'absence de corrélation entre le nombre de prises en charge suivies et le taux de diminution  
2 des croyances est surprenante. Ce résultat va dans le sens contraire d'une donnée bien établie  
3 que plus les patients sont en traitement plus leur symptomatologie diminue (22,23). Plusieurs  
4 hypothèses sont à explorer. On peut penser que c'est le cadre thérapeutique dans sa globalité,  
5 plutôt que les prises en charge prises spécifiques, qui permette d'assouplir les croyances. Le  
6 cadre thérapeutique est l'ensemble des règles institutionnelles et des soins dispensés aux  
7 personnes. Ces soins comprennent tous les temps de réadaptation à la vie quotidienne, toutes  
8 les consultations médicales et les entretiens avec les référents (qui ne sont pas comptés dans la  
9 somme des prises en charge, car tous les patients en bénéficient de la même façon). En plus  
10 de ces temps définis, il faut prendre en compte tous les temps informels pendant lesquels les  
11 patients échangent leurs histoires et vie et leurs expériences : temps entre les activités, temps  
12 de repas, soirée. Dans les données de la littérature, les patients soulignent l'importance de  
13 l'aspect communautaire des soins résidentiels et la richesse des échanges liés aux expériences  
14 de chacun (24). Le cadre, matérialisé par des outils comme les règles ou le contrat de soin,  
15 apporte une sécurité, un contenant, qui permet au patient d'évoluer psychiquement (24,25).  
16 Ainsi, la post cure offre un cadre sécurisé, qui serait propice à l'assouplissement des croyances  
17 dysfonctionnelles.

18  
19 La corrélation négative qui ressort entre le nombre de prises en charge corporelles et  
20 l'importance de la diminution des croyances nous interpelle. Des études ont montré que les  
21 activités sportives favorisent une diminution du craving (26–28). Dans la présente étude, le  
22 craving ressenti n'est pas évalué. Est-il possible qu'il diminue sans que cela soit accompagné  
23 d'une diminution des croyances dysfonctionnelles ? Des recherches ultérieures pourront  
24 étudier cette question. Selon les résultats de cette recherche, les activités physiques ne sont  
25 pas le lieu de la remise en cause des croyances. Pour les patients, elles permettent d'oublier,  
26 de ne pas penser. Le travail cognitif se ferait dans les autres temps.

1  
2 Une autre piste mérite d'être explorée. Avec les données cliniques recueillies, il ressort que  
3 dans l'échantillon de participants, ce sont les deux patients qui ont pratiqué le moins  
4 d'activités physiques qui ont le plus assoupli leurs croyances dysfonctionnelles. Or ces deux  
5 patients sont aussi ceux qui présentaient un épisode dépressif majeur au moment de la  
6 première évaluation des croyances. Ce trouble a été traité avec des médicaments  
7 antidépresseurs et, selon leurs appréciations, leur humeur s'est améliorée au cours des 8  
8 semaines d'intervalle entre les deux évaluations. Il semblerait que la dépression sévère  
9 augmente les croyances irrationnelles relatives au craving. En effet, ces croyances traduisent  
10 un sentiment d'impuissance (2,21), qui pourrait favoriser ou être accentué par la dépression  
11 (29). Les personnes dépressives présentent des schémas négatifs stockés en mémoire, qui  
12 influencent le traitement de l'information : elles ont alors une perception négative d'elles-  
13 mêmes, des autres et du futur (30). Aux troubles dépressifs sont associées des croyances  
14 relatives au découragement et au sentiment d'impuissance (31). La variable dépression  
15 viendrait alors expliquer les résultats de ces patients. Cela vient confirmer la nécessité de  
16 traiter les comorbidités en même temps que l'alcoolodépendance pour optimiser l'efficacité  
17 de la thérapie (32).

### 18 *Limites de l'étude*

19 Des limites méthodologiques imposent de relativiser les résultats et de rester prudent dans les  
20 conclusions. D'abord, les conditions pratiques de la recherche ont limité le nombre de  
21 participants. L'échantillon est restreint, ce qui n'a pas permis d'effectuer des statistiques  
22 paramétriques. La puissance des analyses reste faible et il serait nécessaire de reproduire  
23 l'étude avec un échantillon plus important. Cela permettrait également de mieux contrôler les  
24 variables qui peuvent parasiter les résultats. Une autre limite résulte encore des conditions  
25 pratiques de l'étude : il n'a pas été possible de mettre en place un groupe contrôle. Il serait

1 intéressant de réaliser d'autres recherches afin d'observer l'évolution des croyances avec  
2 d'autres modes de soins et même chez des patients ne bénéficiant pas de soins, afin de  
3 déterminer l'impact réel de la post cure. Enfin, le peu de recherches dans le domaine du  
4 craving et des croyances associées, et encore plus sur les effets des prises en charge sur les  
5 croyances, limite l'interprétation des résultats. Peu d'éléments viennent appuyer la discussion.  
6 Cela ouvre des perspectives pour de nouveaux travaux de recherche.

## 7 **CONCLUSION**

8 La présente recherche montre que les croyances dysfonctionnelles relatives au craving  
9 diminuent dans notre échantillon en postcure. Sans pouvoir l'affirmer, il nous semble que le  
10 cadre institutionnel et thérapeutique global, davantage que la quantité de prises en charge,  
11 influencerait cette diminution. De plus, le traitement conjoint des troubles dépressifs  
12 permettrait un assouplissement des croyances irrationnelles. Ces conclusions montrent  
13 l'intérêt des soins résidentiels, permettant un changement d'environnement et un engagement  
14 dans un travail thérapeutique complet, impliquant le traitement des comorbidités. Il serait  
15 intéressant à l'avenir d'observer si ces changements se maintiennent une fois les patients  
16 sortis de cet environnement protégé, afin d'adapter au mieux les prises en charge proposées  
17 pour que leur efficacité soit durable. En définitive, outre les limites de cette étude, elle  
18 soulève une question : est-il envisageable, à l'instar des psychothérapies menées dans d'autres  
19 pays, de mettre en place des prises en charge en termes d'exposition aux produits permettant  
20 aux patients de travailler directement sur le craving et les croyances associées ?

21

22 **Conflit d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.**

23

24



## 1 REFERENCES

- 2 1. Beck AT, Wright F, Newman C, Liese B. Cognitive Therapy of Substance Abuse. New  
3 York: The Guilford Press; 1993.
- 4 2. Eraldi-Gackiere D. Production cognitivo-émotionnelle au cours d'une prise en charge  
5 par exposition de patients dépendants en cure alcoologique. Analyse de pensées liées au  
6 craving. Lille; 2006.
- 7 3. Valleur M, Matysiak J-C. Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat  
8 social et prise en charge. Paris: Armand Colin; 2006.
- 9 4. Marlatt GA, Donovan DM. Prévention de la rechute. Médecine et Hygiène. Chêne-  
10 Bourg: 2008.
- 11 5. Hautekeete M, Cousin I, Graziani P. Pensées dysfonctionnelles de l'alcoolo-dépendance.  
12 Un test du modèle de Beck : schémas anticipatoire, soulageant et permissif. Journal de  
13 thérapie comportementale et cognitive. 1999;9(4):108–12.
- 14 6. Martinez-Gonzalez JM, Verdejo Garcia A. Basic addictive beliefs and craving.  
15 Addicciones. 2011;23(1):45–52.
- 16 7. Rohsenow D, Monti P. Does urge to drink predict relapse after treatment? Alcohol  
17 reasearch and health. 1999;23(3):225–32.
- 18 8. Gordon SM, Sterling R, Siatkowski C, Raively K, Weinstein S, Hill PC. Inpatient desire  
19 to drink as a predictor of relapse to alcohol use following treatment. Am J Addict.  
20 2006;15(3):242–5.
- 21 9. Lee NK, Pohlman S, Baker A, Ferris J, Kay-Lambkin F. It's the thought that counts:  
22 Craving metacognitions and their role in abstinence from methamphetamine use. Journal

- 1 of Substance Abuse Treatment. 2010;38(3):245–50.
- 2 10. Turcapar H, Kose S, Ince A, Myrick H. Beliefs as a predictor of relapse in alcohol-  
3 dependent turkish men (English). *J. stud. alcohol.* 2005;66(6):848–51.
- 4 11. Grant B, Kunic D, MacPherson P, McKeown C, Hansen E. The high intensity substance  
5 abuse program: results from the pilot programs. 2003;
- 6 12. Morel A, Coueron J-P. Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner. Dunod.  
7 Paris: 2008.
- 8 13. De Saint-Aubert C, Graziani P, Hautekeete M, Eraldi-Gackiere D, Gibour B.  
9 L'exposition d'indices in vivo et en imaginaire dans le traitement de la dépendance à  
10 l'alcool. *J. théor. comport. cogn.* 2000;10(4):136–42.
- 11 14. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, et al. The  
12 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured  
13 interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry.*  
14 1997;12(5):224–31.
- 15 15. A.P.A. DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4<sup>e</sup> éd.  
16 Paris: Masson; 2003.
- 17 16. Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The  
18 validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the  
19 SCID-P and its reliability. *European Psychiatry.* 1997;12(5):232–41.
- 20 17. Skinner MD, Aubin H-J. Craving's place in addiction theory: Contributions of the major  
21 models. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2010;34(4):606–23.
- 22 18. Saladin ME, Drobos DJ, Coffey SF, Dansky BS, Brady KT, Kilpatrick DG. PTSD  
23 symptoms severity as a predictor of cue elicited drug craving in victims of violent

- 1 crimes. *Addictive Behaviors*. 2003;28:1611–29.
- 2 19. Eraldi-Gackiere D, Graziani P, Hautekeete M. Développement de la motivation et  
3 modification des croyances addictives chez un patient alcoolo-dépendant, travail  
4 préparatoire à une prise en charge TCC. *J. théor. comport. cogn.* 2001;11(4):151–61.
- 5 20. Tiet QQ, Ilgen MA, Byrnes HF, Harris AHS, Finney JW. Treatment setting and baseline  
6 substance use severity interact to predict patients' outcomes. *Addiction*.  
7 2007;102(3):432–40.
- 8 21. Eraldi-Gackiere D. Apprendre à analyser et à lutter contre le craving par l'exposition : un  
9 cas clinique en alcoologie. *J. théor. comport. cogn.* 2008;18(1):36–40.
- 10 22. Carroll KM, Connors GJ, Cooney NL, DiClemente CC, Donovan DM, Kadden RR, et  
11 al. Internal Validity of Project MATCH Treatments: Discriminability and Integrity.  
12 *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66(2):290–303.
- 13 23. Dale V, Coulton S, Godfrey C, Copello A, Hodgson R, Heather N, et al. Exploring  
14 Treatment Attendance and its Relationship to Outcome in a Randomized Controlled Trial  
15 of Treatment for Alcohol Problems: Secondary Analysis of the UK Alcohol Treatment  
16 Trial (UKATT). *Alcohol alcohol. (Oxford)*. 2011;46(5):592–9.
- 17 24. Wilkinson S, Mistral W, Golding J. What is most and least useful in residential  
18 rehabilitation? A qualitative study of service users and professionals. *Journal of*  
19 *Substance Use*. 2008;13(6):404–14.
- 20 25. Vénisse J-L, Bailly D. *Addictions, quels soins?* Masson. Paris: 1997.
- 21 26. Van Rensburg KJ, Taylor A, Hodgson T, Benattayallah A. Acute exercise modulates  
22 cigarette cravings and brain activation in response to smoking-related images: An fMRI  
23 study. *Psychopharmacology*. 2009;203(3):589–98.

- 1 27. Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The acute effects of exercise on cigarette cravings,  
2 withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour : a systematic review. *Addiction*  
3 (Abingd. Print). 2007;102(4):534–43.
- 4 28. Ussher MH, Sampuran AK, Doshi R, West R, Drummond DC. Acute effect of a brief  
5 bout of exercise on alcohol urges. *Addiction* (Abingd. Print). 2004;99(12):1542–7.
- 6 29. Doron J, Swendsen J. Quelques réflexions sur l'anxiété et ses troubles associés : un  
7 débat entre l'approche cognitivocomportementale et psychodynamique. *L'Évolution*  
8 *Psychiatrique*. 2001;66(1):7–16.
- 9 30. Van der Linden M, Ceschi G. *Traité de psychopathologie cognitive*. Marseille: Solal;  
10 2008.
- 11 31. Blackburn IM, Cottraux J. *Psychothérapie cognitive de la dépression*. Masson. Paris:  
12 2008.
- 13 32. Adès J, Lejoyeux M. *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives*.  
14 Masson. Paris: 2003.
- 15
- 16

1 *Tableau 1 : Données sur les prises en charge effectuées dans chaque catégorie*  
2

<b>Prises en charge</b>	<b>Psychologiques</b>	<b>Corporelles</b>	<b>Artistiques</b>	<b>Educatives</b>	<b>Totales</b>
Nombre Minimum	17	4	1	4	26
Nombre maximum	27	43	16	10	82
Moyenne	21.2	24.3	7.6	6.3	59.4
Ecart-type	4.1	11.9	5.1	1.8	16.5

3